

# Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung bringe ich,

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Anschrift

meinen Willen zum Ausdruck. Sollte ich in einen Lebenszustand geraten, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren haben und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, erkläre ich Folgendes:

- Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst.
- Ich möchte in Würde sterben.
- Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärztinnen / Fachärzten ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen der Intensivtherapie, die lediglich eine Sterbe- und Leidensverlängerung bedeuten würde.
- Falls ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne 'Apparatemedizin' nicht mehr möglich ist, bin ich mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden.
- Sollten meine normalen geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben möglich ist, lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen – abgesehen von ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr - mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln aufrecht erhalten werden.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation.



*(Hier können konkrete Krankheitssituationen beschrieben und Behandlungswünsche geäußert oder abgelehnt werden)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wenn ich die Ärztinnen / Ärzte bitte, mein Recht auf einen würdevollen Tod zu achten, heißt dies nicht, dass ich damit die ärztliche Hilfe und Behandlung in Form ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung ablehne. Vielmehr setze ich mein Vertrauen in eine von der Ärztin oder dem Arzt anzuordnende Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt soll bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die nachfolgend genannte Vertrauensperson zur Bestätigung dieser Verfügung oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens bei unklaren Situationen hinzuziehen.

*(Kann, muss aber nicht ausgefüllt werden).*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(der Vertrauensperson)

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(der Vertrauensperson)

Ich habe diese Verfügung – ihren Inhalt und ihre Konsequenzen – mit meinen (Haus-) Arzt besprochen.

Name (des Arztes): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Das Original ist hinterlegt bei:

Name, Vorname/ Institution: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

(Nur das Original kommt zur Anwendung)

Kopie dieser Patientenverfügung haben :

1) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

2) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_